

令和 年 月 日

兵庫県立加古川医療センター院長 様

寄附者 住 所
氏 名
連絡先

㊦

寄 附 申 出 書

下記のとおり兵庫県立加古川医療センターに寄附します。

記

1 寄附の目的

2 寄附金等の内容

3 寄附の予定日 令和 年 月 日

4 寄附の方法

5 その他

ご氏名、法人名、団体名の公表について、承諾される場合は「可」に、
承諾されない場合は「否」に○をお願いします。

・ホームページへの掲載 可 ・ 否

(条件等)

※ 「4 寄附の方法」については寄附金の金融機関振込、寄附品の現物寄附等をご記入
ください。

※ 寄附にあたって条件等がございます場合には、「5 その他」にご記入ください。